

De grosses tumeurs, l'infiltration de la région par du sang ou du pus, peuvent créer de grandes difficultés au chirurgien. L'opération est déjà difficile chez les individus dont le cou est court et épais, mais du reste normal.

§ 21. — En présence des dangers de la ligature de la carotide primitive, on comprend aisément que l'on ait tenté dernièrement de donner plus d'extension à la ligature de la **carotide externe** dans les anévrismes ou hémorragies intéressant le domaine de cette artère, alors même que cette ligature n'assure pas une hémostase durable à cause des larges anastomoses qui réunissent ses nombreuses branches collatérales (BUSHE, MOTT, WUTZER, MAISONNEUVE, O. WEBER, GUYON, MADELUNG).

Dernièrement MADELUNG a démontré, par ses relevés de statistique, la bénignité relative de la ligature de la carotide externe; les hémorragies secondaires seraient moins fréquentes à la suite de cette opération qu'après la ligature de la carotide primitive; en outre, et surtout, elle n'est pas une cause de danger pour le cerveau. C'est pourquoi il considère la ligature d'une ou des deux carotides externes comme l'opération la mieux indiquée pour modifier avantageusement la circulation artérielle de la tête, et amener la guérison d'états pathologiques des artères de la face et des téguments du crâne (*Anévrisme cirsoïde*).

Dans les hémorragies provenant des artères de la face, du cou ou de la cavité du pharynx, STEPHEN SHMIT conseille de lier isolément les carotides externe et interne au lieu de la carotide primitive; la ligature de cette dernière n'empêcherait pas l'hémorragie de reparaitre grâce à l'établissement d'une circulation collatérale.

L'incision part de l'angle du maxillaire inférieur et arrive jusqu'au bord postérieur du cartilage thyroïde. Après avoir divisé le peaucier et l'aponévrose, on arrive sur un plexus veineux formé par la veine faciale, les veines thyroïdiennes supérieures, etc.; ces veines seront écartées latéralement; de même on devra tenir sous un écarteur la glande sous-maxillaire et quelquefois aussi la portion inférieure de la parotide. On aperçoit alors à l'angle supérieur de la plaie le muscle digastrique, et, à l'angle inférieur, l'artère. On se servira d'une sonde cannelée pour isoler le vaisseau de la carotide interne et de la pharyngienne ascendante, qui s'élève parallèlement à la carotide externe; on respectera le nerf hypoglosse qui croise l'artère¹.

1. A leur origine les deux carotides placées côte à côte montent à peu près parallèlement, la carotide externe placée en avant, l'interne en arrière. C'est dans ce point qu'on les découvre. Après un trajet de 1 1/2 à 2 centimètres, elles s'entrecroisent, l'externe se porte en arrière et l'interne en avant, celle-ci se plaçant en dedans de la première (TILLAUX). L'absence de collatérales permettra du reste de reconnaître que l'on a affaire à la carotide interne, tandis que l'on peut affirmer que l'artère dont se détache une branche collatérale est la carotide externe.

(Note du traducteur).

La même incision pourrait servir à lier soit la **carotide interne**, soit la thyroïdienne supérieure, la linguale ou la faciale (LINHART). Lorsqu'on est parvenu à découvrir la carotide externe, on aperçoit, si le vaisseau est bien tendu et la glande sous-maxillaire soulevée, la saillie que forme chacune de ses branches; la thyroïdienne supérieure est la première qu'elle fournit, puis vient plus haut la linguale et enfin la faciale.

§ 22. **Ligature de l'artère linguale.** — Conseillée d'abord par

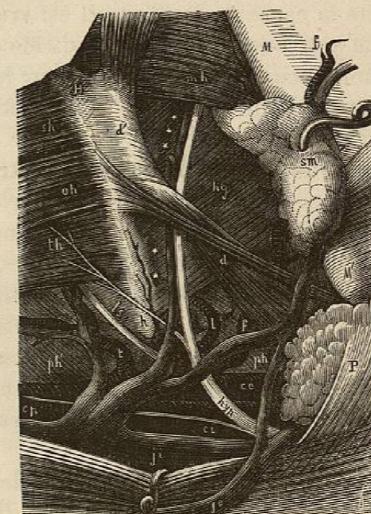


Fig. 101. Artère linguale. — M bord inf. de la mâchoire. — M' son angle. — H os hyoïde. — h sa grande corne. — sh, oh, th. muscles sterno, omo et thyro-hyoïdiens. — ph', ph, constricteurs inf. et moyen du pharynx. — d ventre post. du digastrique. — a sa poulie de réflexion et son tendon. — hg muscle hyo-glosse. — mh muscle mylo-hyoïdien. — P glande parotide. — sm glande sous-maxillaire relevée. — ji veine jugul. int. — hyp. anse de l'hypoglosse. — ls nerf laryngé sup. — cp, ci, ce, carotides primitive, int. et ext. — t, thyroïd. sup. — l, linguale. — f, faciale. — ** Lieu où l'on peut lier la linguale près de son origine entre la grande corne et le nerf hypoglosse. — *** Lieu où l'on peut lier la linguale dans son triangle (FARABEUF).

AMUSSAT, FLAUBERT et ROSER, cette opération eut bientôt de nombreux partisans. L'indication de cette ligature repose essentiellement sur l'avantage qu'elle présente comme acte préliminaire dans les opérations sanglantes qui intéressent la langue. Dans le cas où l'opération ne porte que sur une moitié de cet organe, la ligature de la linguale correspondante permet d'opérer presque sans aucune perte de sang, grâce à l'absence d'anastomoses importantes; la ligature des deux artères donne

à l'opérateur la possibilité d'opérer sur une partie quelconque de la langue sans avoir à craindre une hémorragie. Une autre indication de cette ligature est l'hémostase dans les hémorragies provenant du tissu de la langue. DEMARQUAY l'a, en outre, conseillée dans les carcinomes opérables de cet organe; il prétend avoir vu cette méthode de traitement amener un arrêt et même une régression du néoplasme. Elle mérite peut-être encore plus d'être prise en considération dans l'éléphantiasis de la langue. HUETER l'a employée dans un cas de macroglossie unilatérale. D'après G. FISCHER sur 36 individus chez lesquels on avait fait cette ligature, 5 sont morts. Toutefois il n'est pas vraisemblable que la ligature ait toujours été la cause de la mort; il est vrai que les deux cas dans lesquels le malade a succombé à la fonte putride du tissu conjonctif du cou et à la septicémie, peuvent bien être mis sur le compte de l'opération; actuellement la méthode antiseptique permettrait certainement d'éviter de pareils accidents.

a) **Ligature au-dessous du tendon du digastrique.** — L'artère passe près de la grande corne de l'os hyoïde, derrière le muscle hyoglosse et pénètre, entre ce dernier et le constricteur moyen du pharynx, dans l'intérieur de la langue. On la trouve, par conséquent, dans l'angle que forme le digastrique avec l'os hyoïde, et qui a son sommet au niveau du corps de cet os. Cet angle est rempli par le muscle hyoglosse: l'artère passe derrière ce muscle, immédiatement au-dessus de l'os hyoïde. Le nerf hypoglosse venant de haut en bas traverse aussi cet angle avec les veines linguales, mais se trouve situé en dehors du muscle hyoglosse.

On fait une incision parallèle à la grande corne de l'os hyoïde et un peu au-dessus de cette dernière, en évitant la veine faciale; il est alors le plus souvent nécessaire d'écarter en haut la glande sous-maxillaire, qui fait saillie dans la plaie. On voit apparaître le muscle digastrique dans la partie supérieure de l'incision, et, si l'on a soin surtout d'attirer en dehors l'os hyoïde à l'aide d'une pince à griffes, d'une érigne ou d'une pince à balles américaine (THIERSCH), on aperçoit le nerf hypoglosse descendant au-devant du muscle hyoglosse, puis formant avec les veines linguales un arc de cercle au-dessous du digastrique. L'artère se trouve située à environ 4 mm. au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, dans le voisinage de la petite corne et derrière le muscle hyoglosse; il suffit, pour l'apercevoir, de diviser quelques faisceaux du muscle après les avoir saisis avec une pince.

b) **Ligature au-dessus du tendon du digastrique (GUÉRIN).** — L'artère, en se dirigeant de dehors en dedans sous le muscle hyoglosse, traverse un espace triangulaire, limité en dehors par le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoïdien, en dedans par le bord libre externe du mylo-hyoïdien, en haut par l'hypoglosse et la veine linguale. Le triangle est rempli par le muscle hyoglosse dont les fibres ont une

direction oblique de bas en haut et de dehors en dedans; ce muscle est recouvert par la glande sous-maxillaire. L'incision doit être faite un peu plus haut que dans la précédente ligature, en prenant les mêmes précautions d'éviter la veine, de soulever la glande sous-maxillaire, etc. Enfin l'on divise également quelques faisceaux de l'hyo-glosse, et l'artère peut alors être liée.

2. Plaies des veines du cou

§ 23. — Toute les veines importantes du cou, la veine innominée, la sous-clavière, la jugulaire interne, peuvent être atteintes directement par des instruments (couteaux, poignards, épées), des projectiles ou autres corps pénétrant par la face antérieure de la région; elles sont aussi parfois intéressées dans les plaies par instruments piquants ou par armes à feu de la nuque, du thorax ou de la cavité buccale. Une balle peut, d'autre part, blesser l'un ou l'autre tronc veineux par l'intermédiaire d'un fragment de côte, d'une portion du maxillaire ou d'un corps de vertèbre.

De petites plaies veineuses peuvent guérir avec conservation de la continuité du vaisseau. On a même vu une plaie de la jugulaire interne, longue de 15 mm., produite par une balle, se réunir parfaitement sans porter atteinte à la perméabilité de la veine. Lorsque la plaie est étendue ou le vaisseau complètement divisé, et que la mort n'en est pas la conséquence immédiate, les parois du bout central de la veine s'aplatissent et se soudent complètement; plus rarement il s'y forme un thrombus, ce qui est, au contraire, la règle pour le bout périphérique. Des thrombus aseptiques peuvent se détacher, pénétrer dans le cœur droit et de là dans l'artère pulmonaire et dans les ramifications de cette dernière. Cependant ces embolies ne sont pas très fréquentes et le danger n'est pas très grand si le thrombus migrateur n'a pas un volume considérable. Par contre la **fonte putride du thrombus** est la véritable cause du danger qui menace les jours du blessé pendant la guérison de la plaie. Mais cette désagrégation, cette fonte putride du thrombus avec toutes ses conséquences est un **accident en relation avec une infection de cause externe**, car la rupture spontanée de veines même volumineuses ne saurait avoir un pareil résultat; d'autre part, lorsqu'on fait l'extirpation d'une tumeur du cou, la jugulaire, par exemple, est exposée à bien des tiraillements, et cependant ces causes purement mécaniques ne prédisposent pas à la thrombose avec désagrégation du thrombus formé. La veine innominée et la sous-clavière ne peuvent guère être blessées que par des instruments piquants ou des armes à feu, tandis que la jugulaire interne est aussi accessible aux instruments tranchants, par exemple au couteau du suicidé. Les plaies du tronc innominé sont presque toujours mortelles; on ne connaît qu'un seul cas de guérison